

## PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI KELUARGA MISKIN PADA PUSKESMAS KABUPATEN BONE BOLANGO

**RIDWAN B. MARUF**

Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan FKM Unhas Makassar

### ABSTRACT

This research aims to analyze the implementation of health service for poor family at health centre of Bone Bolango Regency viewed from input, process, and output. This research was carried out in city health centre (nursing health centre) and outskirt health centre (non nursing health centre) in Bone Bolango Regency. The data were obtained through observation, indepth interview, and documentation study. They were then analyzed qualitatively. The results show that at the input level, there is a problem of the availability of human resources (quantity and quality) for the management and implementation at health centre level. There is a difference between the two types of health centers. At the process level, especially medical service activity, it is already maximum. At the output level, it is known that the access of health centre facilities at outskirt health centre (non nursing health centre) is not maximum. On the other hand, it is already optimum at city health centre (nursing health centre).

**Key Words:** Askeskin/Jemkesmas, Input, Proses and Output

### PENDAHULUAN

Khusus untuk Kabupaten Bone Bolango jumlah sasaran penduduk miskin program Askeskin/Jamkesmas tahun 2007/2008 mencapai 67.490 jiwa dari jumlah penduduk keseluruhan 152.482 jiwa atau sekitar 44,26% dari total jumlah penduduk Kabupaten Bone Bolango (Profil Dinas Kesehatan Bone Bolango, 2008). Pada Tahun 2007 lalu Program Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) atau Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (Askeskin) yang dikelola oleh PT. Askes (Persero) telah dilaksanakan selama dua tahun. Pada Tahun 2008 berubah nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sehingga perlu dievaluasi apakah pengelolaannya pada puskesmas di Kabupaten Bone Bolango sudah berjalan sesuai dengan kebijakan pemerintah atau masih terdapat kendala dalam pelaksanaannya.

### BAHAN DAN METODE

#### Lokasi, Populasi dan Sampel

Penelitian dilakukan pada puskesmas kota (puskesmas keperawatan) dan puskesmas pinggiran (puskesmas non keperawatan) di Kabupaten Bone Bolango. Populasi dan Sampel pada Penelitian ini adalah informan yang kapable dalam pelaksanaan kegiatan puskesmas yaitu kepala puskesmas dan pengelola askeskin di puskesmas yang bersangkutan.

#### Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara mendalam, dan telaah dokumen kemudian data dianalisis secara kualitatif.

### Analisis Data

Teknik analisa data dengan menggunakan matriks, yaitu menggabungkan data emik dari pernyataan informan kemudian menarik kesimpulan, membandingkan dengan konsep etik dan emik, dan sebaliknya. Dalam proses pengolahan data dilakukan dengan mengikuti alur sesuai teori Miles dan Huberman yakni dengan mereduksi data dan menyajikan data. Reduksi data adalah mentransformasi data mentah yang diperoleh di lapangan, memilih, menyederhanakan dan mengklasifikasikan sesuai dengan variabel yang ada sedangkan penyajian data adalah data yang telah dianalisis pada langkah pertama di atas kemudian disajikan secara naratif.

### HASIL

#### Input

##### *Sumber Daya Manusia*

Dari segi Sumberdaya manusia Secara kuantitas & kualitas terdapat perbedaan antara PKM kota (keperawatan) dan PKM pinggiran (non keperawatan) tenaga dan cakupannya tidak seimbang. Hal tersebut didukung oleh hasil wawancara berikut :

*“Tenaga pengelola dan pelaksana program Askeskin/Jamkesmas di tingkat Puskesmas suwawa sebanyak 23 orang PNS terdiri dari 2 dokter, 7 perawat dan 6 bidan. Selebihnya pegawai administrasi” (TK, 38 thn)*

*“Adapun kualifikasi pendidikannya masing-masing 2 orang Dokter, 6 orang D3, 1 orang D1 dan SPK sebanyak 4 orang” (TK, 38 thn)*

Sedangkan pada Puskesmas Bone (yang berada

di pinggiran kabupaten dan nonkeperawatan), memiliki SDM yang lebih sedikit sebagaimana diungkapkan oleh Kepala PKM Bone berikut ini :

*“Jumlah Tenaga pengelola dan pelaksana program Askeskin/Jamkesmas di tingkat Puskesmas sebanyak 12 orang terdiri dari 1 Dokter PTT, perawat dan bidan masing-masing 2 orang dan 7 staf honorer”* (RK, 54 th)

*“Adapun kualifikasi pendidikannya kebanyakan berstatus SMA/SPK dan Diploma 1”* (RK, 54 thn)

### Sasaran

Dari segi sasaran, hasil penelitian menunjukkan Sasaran Askeskin/Jamkesmas belum optimal, tapi PKM melayani setiap pengunjung yang datang berobat. Masih adanya sasaran yang belum terdata di dukung oleh informan sebagai berikut;

*“Saya amati masih ada pasien atau keluarga mereka yang sebenarnya tergolong miskin, tetapi kenyataannya belum masuk daftar program Askeskin/Jamkesmas.”* (YB, 38 thn)

### Dana

Dari segi pendanaan, sebagai program nasional, Sumber pembiayaan program Askeskin dan Jamkesmas dari APBN DIPA Depkes R.I. prioritas pada GAKIN. Dalam hal pembayaran dana puskesmas mereka mengajukan *Planning of Action* (POA) yang telah di sepakati oleh seluruh staf puskesmas pada saat lokakarya mini bulanan ke pengelola Askeskin/Jamkesmas pada Dinas kesehatan Kabupaten Bone Bolango untuk di verifikasi, kemudian selanjutnya pengelola askeskin Dinas Kesehatan Kabupaten Bone Bolango memberikan slip untuk kemudian di pergunakan untuk mencairkan dana pada PT. POS.

Hasil wawancara dengan salah seorang pengelola program Askeskin/Jamkesmas di Puskesmas sebagai berikut :

*“Dana yang akan diterima puskesmas, kita masukkan POA yang telah disepakati oleh semua staf lewat lokakarya mini di Puskesmas lantas di bawa ke pengelola Askeskin di Dikes Kab. Bone Bolango untuk diverifikasi, lalu ke PT. Pos yang diklaim sebesar dana permintaan puskesmas bersangkutan.”* (SP, 30 thn)

Informan lainnya menambahkan bahwa,

*“Dana pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung dari Departemen Kesehatan (cq Ditjen Binakesmas) ke rekening Puskesmas melalui PT Pos.”* (RK, 54 Thn)

Berdasarkan telaah dokumen dan wawancara maka pada dasarnya untuk pelayanan pasien Askeskin/Jamkesmas mengacu pada aturan pedoman pelaksanaan JPKMM Tahun 2007 dan Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2008. Pembayaran menurut tarif paket mengacu pada jenis dan plafon pelayan

anan kesehatan bagi program Askeskin/Jamkesmas termasuk tarif rawat inap, penunjang diagnostik dan pelayanan medik lainnya.

### Kebijakan

Pelaksanaan Kebijakan Askeskin mengacu pada manlak 2007, sedangkan jamkesmas melalui manlak 2008 dimana Kebijakan mengenai obat dan kelengkapan fasilitas lainnya masih perlu pembenahan dan peningkatan.

### Proses

Kebijakan mengenai obat dan kelengkapan fasilitas lainnya masih perlu pembenahan dan peningkatan. Tenaga medis dan administrasi sudah berupaya memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien Askeskin/Jamkesmas meski masih ada hambatan Pelaksanaan kegiatan penunjang (pelayanan tdk langsung) berjalan baik. Puskesmas dan stakeholder lainnya (Dinkes/Camat/PT Askes/LSM) melakukan kegiatan koordinasi, pembinaan dan sosialisasi program Askeskin/Jamkesmas. Proses pencairan dana program Askeskin/Jamkesmas di PKM mengacu pd jenis dan plafon tarif yang disepakati dgn PT. Askes Kab. Pembayaran klaim dilakukan setelah ada verifikasi/disetujui PT. Askes. Sedangkan Jamkesmas melalui Kas Daerah. Pelaksanaan pembayaran klaim ini terkadang mengalami keterlambatan

### Output

Semua terlayani dengan baik dengan alasan bahwa semua peserta telah memiliki kartu Askeskin/Jamkesmas. Pencapaian sasaran program Askeskin berdasarkan indikator yang ditetapkan dalam Manlak 2007 dan Jamkesmas sesuai Manlak 2008. Dari hasil wawancara, observasi dan telaah dokumen didapatkan pada hakekatnya pengguna kartu Askeskin/Jamkesmas merasa bahwa pelayanan kesehatan yang diperoleh di puskesmas sama tanpa ada perbedaan dengan pasien yang lain.

## PEMBAHASAN

### Input SDM (Tenaga pengelola dan tenaga pelaksana)

Faktor yang paling penting dalam suatu organisasi adalah sumber daya manusia. Manusia merupakan kekayaan utama suatu organisasi, karena tanpa partisipasi mereka, aktivitas organisasi tidak akan berlangsung. Manusia dalam hal ini petugas pelayanan kesehatan adalah suatu ujung tombak dalam pelaksanaan kegiatan program Askeskin/Jamkesmas. Peran dan keberadaan mereka dalam pelaksanaan kegiatan ini sangat menentukan langkah dalam pengambilan keputusan. Sebagai contoh di unit pelayanan kesehatan sendiri dalam hal ini puskesmas, tentunya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal dan berkesinambungan harus didu-

kung oleh sumber daya manusia yang terampil dan berkualitas. Untuk itu diperlukan evaluasi dini tentang kondisi para petugas pelayanan kesehatan dari segi kuantitas (jumlah) dan kualitas (pendidikan, jabatan, dan pengalaman).

### Sasaran

Sasaran program ini adalah seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya, serta layanan rujukan medis di rumah sakit pemerintah dan swasta yang ditunjuk, di mana tidak memiliki perlindungan asuransi lainnya. Pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dilaksanakan dengan cara memberikan pelayanan kesehatan gratis khusus rawat jalan Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III termasuk rujukan ke Rumah Sakit. Selama masa transisi masyarakat miskin yang belum memperoleh Kartu Peserta Askeskin untuk sementara dapat menggunakan Surat Keterangan Tidak mampu (SKTM)/JPS/ Kartu Subsidi Langsung Tunai (SLT) dan kartu sehat lainnya<sup>1</sup>.

### Process (Proses)

#### Administrasi Kepesertaan

Kegiatan yang merupakan bagian dari manajemen kepesertaan adalah verifikasi nama dan alamat peserta Askeskin yang sudah divalidasi, pembuatan dan distribusi kartu peserta baik yang berbasis perorangan maupun keluarga. Dalam kaitannya dengan distribusi kartu Askeskin, tampaknya daerah sudah mampu mengantisipasi dengan memanfaatkan pamong desa dan staf puskesmas dengan menggunakan model "jemput bola", walaupun dalam prosesnya masih sedikit terhambat dengan persoalan teknis.

Berdasarkan telaah dokumen mekanisme penentuan dan penetapan peserta askeskin melalui dua periode. Periode I sasaran berdasarkan data PBS tahun 2006 yang ditetapkan oleh pemerintah dan didistribusikan ke masing-masing kabupaten. Sedangkan periode II Relokasi antar kabupaten/kota atas persetujuan Gubernur. Seberapa banyaknya kota yang ada di Kabupaten Bone Bolango dan yang sudah ditetapkan oleh Pemda setempat dalam surat keputusan merupakan kewenangan yang tidak dapat diintervensi. PT. Askes (Persero) bertugas menerbitkan kartu askeskin berdasarkan SK Bupati yang selanjutnya diserahkan kepada pihak ketiga dalam hal ini pihak kelurahan/kecamatan yang mendistribusikan kepada yang berhak. Sebelum semuanya diterbitkan maka untuk sementara Puskesmas hanya bertugas memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh pada pasien yang datang berkunjung ke Puskesmas dengan syarat mereka bisa menunjukkan kartu askeskin seperti JPS, SKTM. Selama 2 tahun terakhir ini, dalam pelaksanaan program askeskin banyak ditemukan masalah atau kendala dilapangan terutama karena adanya per-

bedaan prinsip antara jumlah masyarakat miskin yang dikelola BPS dengan jumlah yang tersedia di daerah. Sehingga memperlambat penerbitan kartu Askeskin terutama mereka yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan penentuan kriteria keluarga miskin masih menjadi kebijakan dalam memperoleh data penduduk miskin yang polemik yang berkepanjangan dikalangan pengambil lebih akurat.

Hasil penelitian di atas sama dengan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Cirebon di mana sedikitnya 200 ribu keluarga miskin belum terdaftar menjadi peserta Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin. Hal ini disebabkan terbatasnya kuota Askeskin yang diberikan Departemen Kesehatan.

Hal senada yang dikemukakan bahwa kepesertaan dalam program jaminan pelayanan kesehatan di Kabupaten Buton juga terjadi karena faktor ketidaktepatan sasaran bagi keluarga miskin yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Bahkan dalam penelitian ini memberikan saran agar dalam penentuan kriteria keluarga miskin hendaknya disesuaikan dengan kondisi masyarakat setempat<sup>2</sup>.

#### Prosedur Pelayanan Kesehatan

Hasil observasi yang dilakukan peneliti di puskesmas diperoleh bahwa hubungan antara petugas dengan pasien sudah berjalan dengan baik. Itu nampak dengan adanya kerjasama dalam mengakses pelayanan kesehatan serta tahu akan hak dan kewajiban masing-masing. Sebagai contoh pada saat pasien datang berobat di puskesmas, tidak teralu merasakan antrian yang lama, baik di loket penerimaan dengan alasan tak ada kerumitan dalam persoalan administrasi yang perlu diproses dan dibuatkan jaminannya oleh askes. Di sisi lain, untuk persoalan administrasi pasien umum tidak terlalu rumit, sebagaimana diungkapkan banyak pasien/peserta Askeskin/Jamkesmas yang tertuang dalam wawancara mendalam terutama pasien yang berusia lanjut/ tua.

Disamping itu juga hasil observasi menunjukkan bahwa pemberlakuan sistem rujukan yang terjadi di puskesmas tentunya berdasarkan atas dasar indikasi medis dengan prinsip terstruktur dan berjenjang. Hingga saat ini tidak ada rujukan yang ditolak Rumah Sakit. Tetapi yang menjadi masalah sampai saat ini adalah belum adanya pengembalian rujukan Rumah Sakit ke tempat asalnya rujukan pasien. Padahal pengembalian rujukan ini dimaksudkan sebagai perawatan lanjutan bagi pasien yang sudah tidak menderita sakit yang kronik ke pemberik rujukan awal dan keseriusan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan (*komprehensif*). Pemenuhan kebutuhan pelanggan merupakan tujuan dari suatu sisi bagi unit pelayanan jasa khususnya jasa kesehatan. Disisi lain, perusahaan harus

mampu menghasilkan *return of investment* yang cukup memuaskan bagi pemiliknya. Seperti Rumah Sakit dan Puskesmas milik Pemda, disamping memuaskan pasiennya maka juga harus memberikan 'return' kepada Pemda. Pemuasan pelanggan melalui peningkatan *value* dan menghasilkan 'return' merupakan tujuan yang harus dicapai dan direalisasikan. 'customer have very simple want', mereka menginginkan produk jasa yang dapat memenuhi kebutuhan mereka, yang berupa kualitas, layanan, dengan harga yang terjangkau. Dengan dana yang berasal dari Program Askeskin/Jamkesmas yang 'sustainable' diharapkan unit pelayanan kesehatan sebagai PPK akan dengan mudah merealisasikan kegiatannya dalam rangka memberikan layanan optimal kepada peserta Askeskin/Jamkesmas<sup>3</sup>.

### **Pemeriksaan Penunjang**

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pelaksanaan kegiatan penunjang dalam hal ini pelaksanaan pelayanan secara tidak langsung tidak begitu berjalan dengan baik. Hal ini terbukti dengan adanya beberapa temuan dilapangan dimana pasien Askeskin/Jamkesmas yang datang di Rumah Sakit tanpa membawa surat rujukan dari Puskesmas untuk memperoleh pengobatan. Pembinaan dan sosialisasi program sangatlah dibutuhkan untuk memberikan kesadaran dan pemahaman bagi masyarakat demi keberlangsungan program ini. Hal senada yang diungkapkan dalam sebuah penelitian bahwa diperlukan sosialisasi untuk memberikan pemahaman dan motivasi kepada masyarakat tentang manfaat program asuransi kesehatan utamanya pada kelompok masyarakat potensi yakni kelompok pedagang dan masyarakat yang mempunyai penghasilan tetap. Untuk itu, semua pihak yang tergabung dalam pelaksanaan program Askeskin/Jamkesmas dalam melaksanakan kegiatan penunjang tetap pada arah dan koridor yang ditentukan demi perjalanan program askeskin yang berkesinambungan<sup>4</sup>.

### **Pengelolaan Dana**

Penelitian ini menemukan bahwa proses pencairan dana untuk program Askeskin/Jamkesmas mengacu pada jenis dan plafon tarif pelayanan kesehatan. Besaran tarif riil pada masing-masing Puskesmas sesuai kesepakatan antara PT. Askes (Persero) dengan puskesmas setempat. Pembayaran dana untuk puskesmas dilaksanakan berdasarkan atas sistim POA yang telah divertifikasi dan disetujui oleh pengelola askeskin Dinas Kesehatan Kabupaten Bone Bolango.

Hasil penelitian di Kabupaten Buton menyatakan penyelenggaraan pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin menjadi lebih baik dengan adanya pihak ketiga sebagai pengelola. Penggunaan dana le-

bih efisien dan efektif, sehingga menjamin kualitas pelayanan dan kesinambungan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin<sup>5</sup>. Beberapa keuntungan dengan melibatkan pihak ketiga dalam pengelola dana yaitu pengeluaran biaya dapat diperkirakan sehingga efisiensi biaya dapat dilakukan, serta mutu pelayanan kesehatan bisa lebih baik. Disamping itu juga, memungkinkan untuk dilakukan *utilization review*, sehingga dapat mencegah kecenderungan terjadinya *over utilization*, serta adanya *moral hazard* dari pemberi pelayanan kesehatan yang mengarah pada tidak efisiensinya penggunaan dana<sup>2</sup>.

Sampai saat ini keikutsertaan Pemda Kabupaten Bone Bolango dalam pelaksanaan program Askeskin/Jamkesmas mulai memberi harapan. Hal ini dicerminkan dengan adanya tekad Bupati Bone Bolango mewujudkan program kesehatan gratis di daerahnya melalui pemberian Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) bagi seluruh penduduknya sehingga kekurangan dana yang selama ini dialami dapat disubsidi melalui APBD yang dianggarkan oleh Pemda Kabupaten Bone Bolango untuk menunjang program kesehatan gratis bagi seluruh lapisan masyarakat<sup>6</sup>.

### **Pelaksanaan Kebijakan Program**

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan terdepan yang memiliki peran strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pelaksanaan kebijakan yang disepakati tidak lepas dari pertimbangan Puskesmas sebagai institusi yang berperan ganda yaitu berfungsi sosial dan mengikuti kemajuan teknologi yang tetap berorientasi *customer oriented*. Pelaksanaan kebijakan dalam hal ini aturan yang telah disepakati bersama terkadang masih saja menjadi bumerang pihak puskesmas dan PT. Askes dalam menafsirkannya. Sebagai contoh kebijakan mengenai Daftar Plafon dan Harga Obat (DPHO) yang saat ini menjadi polemik puskesmas memberikan dampak pada penggunaan obat di luar dari DPHO yang secara sadar dan tidak sadar itu bisa menjadi *moral hazard* bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan yang mengarah pada tidak efisiensinya pengguna dana. Karena kenapa? Banyaknya pengguna obat diluar DPHO dengan alasan indikasi medis membuat dampak yang besar bagi pembiayaan kesehatan (*over utilization*) bagi program Askeskin/Jamkesmas dan juga menjadi keuntungan pribadi bagi pihak tertentu. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan kebijakan baik tertulis dan tidak tertulis oleh Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab pelaksanaan program Askeskin/Jamkesmas, dapat dijadikan sebagai masukan atau keberhasilan puskesmas yang sudah melaksanakan fungsinya dengan mempertimbangkan hal-hal yang bisa merugikan puskesmas. Begitu halnya de-

ngan pihak PT .Askes (Persero) agar senantiasa melakukan pengelolaan dana secara profesional sehingga memudahkan melakukan pencegahan terhadap kecenderungan terjadinya *over utilization* di puskesmas.

## KESIMPULAN

Pada tahapan proses dan output sudah berjalan sesuai dengan ketentuan yang ada, semua pelayanan Administratif dan pelayanan kesehatan bagi pasien askeskin/Jankesmas sudah cukup bagus namun pada tahapan input menunjukkan adanya sedikit masalah

## DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes R.I. 2007. *Petunjuk Teknis : Pelayanan Kesehatan Dasar dan Pertolongan Persalinan; Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin di Puskesmas dan Jaringannya*, 2007. Jakarta.
2. Muliadin, Ghufro M. Ali, Budiningsih, Nanis, 2005., *Analisis Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin Di Kabupaten Buton Provinsi Sulawesi Tenggara*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 08(03): 155-162.
3. Rachmawati, Tety, dkk, 2004., *Analisis Efektifitas Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin (JPK-GAKIN) dalam Rangka* *Pelaksanaan PKPS-BBM Bidang Kesehatan*, Balitbangkes Depkes RI, Jakarta.
4. Irwan, dan Mukti, Ali G., 2005., *Persepsi Stakeholder Terhadap Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin dengan Konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 08(01):41-48.
5. Prayitno, Subur, 2005., *Dasar-Dasar Administrasi Kesehatan Masyarakat*, Airlangga University Press, Surabaya.
6. Razak, Amran, dkk. 2008. *Kajian Prospektif Pendanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Kabupaten Bone Bolango*, Dikes Kab. Bone Bolango dan Lembaga Penelitian Unhas, Makassar.